

第 6 章 国民健康保険

第 6 章 国民健康保険

1 国民健康保険

(1) 国民健康保険

ア 適用

(ア) 国民皆保険制度

国民健康保険法では、市町村に住所のある方は、他の医療保険の加入者を除き、県と市町村が共同保険者となって運営する国民健康保険の被保険者となります。これは、国民はいずれかの保険に切れ目なく加入しなければならないという制度です。

a 主な国民健康保険加入者

国民健康保険に加入する方は、次のとおりです。

- ・ 農業、林業、漁業従事者
- ・ 自営業者
- ・ パート、アルバイト等で職場の健康保険に加入していない方
- ・ 退職して職場の健康保険の資格を喪失した方
- ・ 3 か月を超える在留期間を決定された外国人住民（住民基本台帳法第 30 条の 45 の適用を受ける方）

※ 職場の健康保険などに加入している方と、後期高齢者医療制度に加入している方と、生活保護を受けている方以外は、すべて国民健康保険に加入することになっています。

b 加入者と世帯主

国民健康保険では、被保険者一人ひとりが加入者ですが、加入の届出、保険料の納付は世帯ごとに世帯主が行います。

世帯主が国民健康保険に加入されていない場合でも、資格確認書や資格情報のお知らせ、納入通知書などは世帯主宛てに発送します。これは擬制世帯主制度といい、世帯主が他の健康保険に加入しており、その家族のなかに国民健康保険の加入者がいる場合、この制度が適用になります。また、保険料には擬制世帯主の所得等は反映されることはありません。ただし、保険料の軽減判定は擬制世帯主の所得も反映させて判定します。

c 他の医療保険に加入できる方

国民健康保険は、職場の健康保険などに加入することができない方に医療を保障する保険です。生活費の大部分がお子さんなどからの仕送りである方の場合、被扶養者として、他の健康保険に加入できる場合がありますので一度ご確認ください。

また、株式会社など法人事業所で働いている方は、勤務先での健康保険に加入することが義務付けられています。

d 加入・脱退の手続

国民健康保険に加入・脱退するときは、14 日以内に届書を提出しなければな

りません。

- (a) 国民健康保険に加入する日
 - ・ その他の医療保険の資格を喪失した日（退職日の翌日）
 - ・ 他の市町村から転入した日（他の医療保険加入者は除く）
 - ・ 生活保護を受けなくなった日
 - ・ 出生した日（他の医療保険加入者は除く）
- (b) 国民健康保険を脱退する日
 - ・ その他の医療保険に加入した日の翌日
 - ・ 他の市町村に転出する日
 - ・ 生活保護が適用された日
 - ・ 死亡した日の翌日

※ 国民健康保険への加入手続が遅れた場合は、資格取得日までさかのぼって保険料を納めていただくことになります。

また、国民健康保険は他の医療保険に加入されていても自動的に切り替わりません。届出が遅れますと、保険料の二重払いが生じ、また、誤って医療機関等で使用されますと、後日、医療費を返していただくことになります。

※ 他の医療保険のなかでも、会社などを退職して一定の条件を満たすと、引き続きその職場の健康保険に加入することができる制度があります。この制度を「任意継続」といいます。この任意継続の期間は最長2年間です。詳しくは、勤務先または、加入している保険者でお尋ねください。

- (c) 届出に必要なもの

〈加入の場合〉

- ① 身分を証明できるもの（運転免許証など）
- ② 職場の保険をやめた証明書

〈脱退の場合〉

- ① 国民健康保険の資格確認書等
- ② 職場の保険に加入したことがわかるもの

※ 手続きにマイナンバーの記入が必要です。マイナンバーカードまたはマイナンバーが確認できる書類をお持ちください。

- e 国民健康保険が使えないとき

次のような場合、国民健康保険は使えません。

- ・ 病気やケガと認められないとき（正常な妊娠・出産、経済上の理由等による妊娠中絶、歯列矯正、美容整形、健康診断、集団検診、予防接種、日常生活に支障のないわきが・しみの治療）
- ・ 仕事上のケガといった労災保険の給付を受けられるもの
- ・ その他、けんかや泥酔などによる病気やケガ、犯罪や故意による病気やケガ、医師や保険者の指示に従わなかったときなど

(イ) 介護保険第2号被保険者

国民健康保険に加入している40歳以上65歳未満の方です。介護保険分の保険料は、医療保険の保険料に上乗せした一つの国民健康保険料として世帯主の方に納めていただきます。

(ウ) 満70歳を迎える方

自己負担割合が記載された「資格確認書」か「資格情報のお知らせ」を交付します。70歳を迎えた翌月（1日生まれの方は、その月）から医療機関に受診の際、自己負担割合が2割（現役並み所得者は3割）になります。

(エ) 被保険者資格の特例適用

国民健康保険は住所を有する市町村での適用となりますが、修学のため他の市町村に住所を有する方で、本市の国保加入者に扶養されている等、本市の国保加入世帯に属すると認められる方は、申請により本市の被保険者となります。また、施設入所等により他の市町村へ住所を移される方については引き続き本市の被保険者となります。

【申請に必要なもの】

- ① 在学証明書（修学の方）
- ② 入所または入院証明書（施設入所等の方）
- ③ 本人確認書類（マイナンバーカード、運転免許証など）

イ 国民健康保険料

(ア) 保険料の決定

保険料は、加入者全員の前年中の所得や人数等で算出します。令和7年度の計算式は次のとおりです。なお、令和8年度の計算式については、令和8年8月までに決定します。また、令和8年度から新たに子ども・子育て支援金分が賦課されます。

a 医療給付費分

- ① 所得割 $(\text{総所得金額} - \text{基礎控除額 } 43 \text{ 万円}) \times 7.38\%$
- ② 均等割 $\text{加入者数} \times 31,000 \text{ 円}$
- ③ 平等割 $\text{一世帯につき } 20,400 \text{ 円}$
- ※ ①～③の合計が医療給付費分になります。上限額は66万円です。

b 後期高齢者支援金分

- ④ 所得割 $(\text{総所得金額} - \text{基礎控除額 } 43 \text{ 万円}) \times 2.56\%$
- ⑤ 均等割 $\text{加入者数} \times 11,000 \text{ 円}$
- ⑥ 平等割 $\text{一世帯につき } 7,200 \text{ 円}$
- ※ ④～⑥の合計が後期高齢者支援金分になります。上限額は26万円です。

c 介護納付金分（40歳以上65歳未満の方のみ）

- ⑦ 所得割 $(\text{総所得金額} - \text{基礎控除額 } 43 \text{ 万円}) \times 2.15\%$
- ⑧ 均等割 $\text{加入者数} \times 11,000 \text{ 円}$

⑨ 平等割 一世帯につき 5,500 円

※ ⑦～⑨の合計が介護納付金分になります。上限額は 17 万円です。

※ ①～⑨の合計がその世帯の年間保険料になります。上限額は 109 万円です。

※ 介護納付金分は 40 歳以上 65 歳未満の方についてかかります。年度途中で 65 歳になる方は、年度当初に 65 歳になる前月までの保険料を計算し、年度途中で 40 歳になる方は、40 歳になる月の分から、介護納付金分を納めていただくことになります。

(イ) 保険料の内訳

医療給付費分、介護給付費分（40 歳以上 65 歳未満のみ）、後期高齢者支援金分、子ども・子育て支援金分を合算して計算します。

40 歳未満	医療給付費分＋後期高齢者支援金分＋子ども・子育て支援金分
40 歳以上 65 歳未満	医療給付費分＋後期高齢者支援金分＋介護納付金分 ＋子ども・子育て支援金分
65 歳以上 75 歳未満	医療給付費分＋後期高齢者支援金分＋子ども・子育て支援金分

a 仮算定

仮算定保険料の通知は 5 月中旬です。仮算定とは、8 月に年間保険料の本算定を行うため、年間 10 回納付のうち第 1 期、第 2 期、第 3 期については、前年の年間保険料の 10 分の 1 ずつを納めていただくものです。

b 本算定

本算定保険料の通知は 8 月中旬です。本算定とは、その年度の年間保険料を賦課決定します。第 1 期～第 3 期分の仮算定分を差し引き、残りの額を第 4 期～第 10 期に均等に割り振って通知します。このとき、前年分の所得に大幅な変化がある世帯は、保険料も大きく変わります。

また、本算定の結果、第 3 期までの支払いで、その年度の保険料が終了する方（仮算定分で、その年度に必要な保険料を払い終わった方）は、還付金が発生します。

c 令和 8 年度国民健康保険料納期限

期別	1 期	2 期	3 期	4 期	5 期	6 期	7 期	8 期	9 期	10 期
納期限	6/1	6/30	7/31	8/31	9/30	11/2	11/30	12/25	2/1	3/1

※ 納期限内に納付がないときは、20 日以内に督促状を送ります。督促状送後は、督促手数料 100 円を納めていただきます。また、本納付額と督促手数料のほかに、延滞金も納めていただきます。

(ウ) 特別徴収（年金引き落とし）

65 歳から 74 歳までで構成される世帯において、平成 21 年 10 月から国民健康保険料の納付方法が「年金引き落とし」と「口座振替」のいずれかの選択制になりました。

「年金引き落とし」を選択される場合、手続きは必要ありませんが、「口座振替」を選択される場合は、手続きが必要になります。

(エ) 滞納

特別な理由もなく保険料を滞納すると、公平の確保を図るため、次のような措置がとられます。

また、督促状を発した日から起算して 10 日を経過した日までに納付されないときは、滞納処分を受けることがあります。

- ・ 「特別療養費」の支給（医療費の 10 割を自己負担）
- ・ 国民健康保険の給付（療養費、高額療養費、葬祭費など）があるときは、全額を滞納保険料に充当
- ・ 滞納処分（財産を調査し、預金、給与、生命保険等の差押え）

ウ 給 付

(ア) 療養の給付

病気やケガをしたとき、医療費の一部（一部負担金）を支払うだけで、診療を受けることができます。残りの費用は国民健康保険が負担します。

年齢別 医療費の負担割合

年齢別	負担割合
0～6 歳	2 割（義務教育就学前）
7～69 歳	3 割
70～74 歳	2 割（現役並み所得者は 3 割）

※ 大垣市子ども医療費助成制度や大垣市老人医療費助成制度「垣老」等により一部負担金を助成する制度があります。詳しくは福祉医療の該当項目を参照してください。

(イ) 療養費

次のような場合に、かかった費用の全額をいったん支払った場合は、申請により国民健康保険が審査し、認められれば、保険給付分があとで支給されます。

- a 急病など、緊急その他やむをえない理由で、医療機関にマイナ保険証や資格確認書を提示できず、全額自己負担した場合

【申請に必要なもの】

- ① 診療報酬明細書 ② 領収書
- ③ 口座番号のわかるもの（通帳など）
- ④ 本人確認書類（マイナンバーカード、運転免許証など）

※ 手続きにマイナンバーの記入が必要です。「マイナンバーカード」またはマイナンバーが確認できる書類をお持ちください。

- b 骨折、ねんざなどで柔道整復師の施術を受けたとき（国民健康保険の取扱をしている柔道整復師の場合には、医療機関と同様に一部負担金で施術が受けられます。）

【申請に必要なもの】

- ① 施術内容明細書 ② 領収書
- ③ 骨折及び脱臼については医師の同意書（緊急の場合を除く）

④ 口座番号のわかるもの（通帳など）

⑤ 本人確認書類（マイナンバーカード、運転免許証など）

※ 手続きにマイナンバーの記入が必要です。「マイナンバーカード」またはマイナンバーが確認できる書類をお持ちください。

c 医師が必要と認めた、はり・きゅう・マッサージを受けたとき

【申請に必要なもの】

① 施術内容明細書 ② 医師の同意書

③ 領収書 ④ 口座番号のわかるもの（通帳など）

⑤ 本人確認書類（マイナンバーカード、運転免許証など）

※ 手続きにマイナンバーの記入が必要です。「マイナンバーカード」またはマイナンバーが確認できる書類をお持ちください。

d コルセットなどの治療用装具を購入したとき

【申請に必要なもの】

① 補装具を必要と認める医師の証明書（靴型装具の場合は当該装具の写真を添付）

② 領収書 ③ 口座番号のわかるもの（通帳など）

④ 本人確認書類（マイナンバーカード、運転免許証など）

※ 手続きにマイナンバーの記入が必要です。「マイナンバーカード」またはマイナンバーが確認できる書類をお持ちください。

e 輸血のための生血代を負担したとき

【申請に必要なもの】

① 医師の理由書か診断書 ② 輸血用血液受領証明書

③ 血液提供者の領収書 ④ 口座番号のわかるもの（通帳など）

⑤ 本人確認書類（マイナンバーカード、運転免許証など）

※ 手続きにマイナンバーの記入が必要です。「マイナンバーカード」またはマイナンバーが確認できる書類をお持ちください。

f 海外渡航中に国外で治療を受けたとき

日本で認められている保険診療の範囲内での給付となります。ただし、治療目的で渡航した場合は対象になりません。

※ 審査の結果、支給されない場合もあります。

※ 海外の医療機関に照会を行うことに同意していただくことが必要です。

【申請に必要なもの】

① パスポート（渡航の事実確認ができるもの）

② 診療内容明細書（日本語の翻訳文が必要です。）

③ 領収明細書（日本語の翻訳文が必要です。）

④ 口座番号のわかるもの（通帳など）

⑤ 本人確認書類（マイナンバーカード、運転免許証など）

⑥ 海外の医療機関等に照会する同意書

※ 手続きにマイナンバーの記入が必要です。「マイナンバーカード」またはマイナンバーが確認できる書類をお持ちください。

(ウ) 食事療養費

入院時の食事代について、住民税非課税世帯の方は、標準負担額（1食 550 円）が減額され、1食 270 円（90 日を超える長期入院の方は、それ以降 1食 220 円）になりますので、該当する方は申請してください。

入院したときの食事代の標準負担額

所得区分	標準負担額	
住民税課税世帯	1食 550 円	
住民税非課税世帯 (70 歳以上で低所得Ⅱ) ※1	90 日までの入院	1食 270 円
	90 日を超える入院	1食 220 円
70 歳以上で低所得Ⅰの方 ※2	1食 130 円	

※1、※2の低所得Ⅰ・Ⅱについては(エ)高額療養費を参照

【申請に必要なもの】

① 領収書 ② 本人確認書類(マイナンバーカード、運転免許証など)

※ 手続きにマイナンバーの記入が必要です。「マイナンバーカード」またはマイナンバーが確認できる書類をお持ちください。

(エ) 高額療養費

1 か月に支払った医療費の自己負担分が一定額以上になると、超えた分が国民健康保険から払い戻されます。

高額療養費に該当した場合、該当月ごとに申請が必要です。ただし、支給申請手続の簡素化の申請をしていただくと、申請以降に発生した高額療養費については、指定した口座に自動的に振り込まれます。

自己負担限度額は、年齢、年間所得に応じて決まります。詳しくは次表の限度額表を参照してください。

a 70 歳未満の方

(a) 自己負担限度額(月額) ※令和8年8月から自己負担限度額が変わります。

所得区分	過去 12 か月間に 3 回目まで
ア 旧ただし書所得 901 万円超	252,600 円+(医療費の総額-842,000 円)×1 %
イ 旧ただし書所得 600 万円超 901 万円以下	167,400 円+(医療費の総額-558,000 円)×1 %
ウ 旧ただし書所得 210 万円超 600 万円以下	80,100 円+(医療費の総額-267,000 円)×1 %
エ 旧ただし書所得 210 万円以下	57,600 円
オ 住民税非課税世帯	35,400 円

※ 旧ただし書所得＝総所得金額等から基礎控除額 43 万円を差し引いた額。所得の申告がない場合、区分はアとみなされますのでご注意ください。

※ 一つの世帯で、同じ月内に 2 回以上一部負担金を 21,000 円以上支払った場合、これらの額を合算して、限度額を超えた分が支給されます。(世帯合算)

※ 世帯合算は、家族の一部負担金を合算する場合だけでなく、同じ方が同じ月内に、複数の医療機関等で一部負担金を支払っている場合にも適用されます。

※ 注意事項

- ・ 1 か月単位で計算
- ・ 医療機関ごとに計算
- ・ 同一医療機関でも入院と外来、医科と歯科は別々で計算（入院時に歯科以外の科で診療を受けたときは合算）
- ・ 院外処方箋で調剤を受けたときは一部負担金と合算
- ・ 入院時の食事代やベッド代などは対象外

※ 同じ世帯で一年間に4回以上、高額療養費の支給を受けた場合、4回目からは、次表の限度額を超えた分が支給されます。（多数該当）

(b) 4回目からの自己負担限度額

所得区分		過去12か月間に4回目以降
ア	旧ただし書所得 901 万円超	140,100 円
イ	旧ただし書所得 600 万円超 901 万円以下	93,000 円
ウ	旧ただし書所得 210 万円超 600 万円以下	44,400 円
エ	旧ただし書所得 210 万円以下	44,400 円
オ	住民税非課税世帯	24,600 円

(c) 限度額適用認定証

この「限度額適用認定証」を医療機関の窓口に提示することにより、医療機関の窓口での支払が限度額までとなります。限度額は所得区分によって異なりますので、あらかじめ「限度額適用認定証」の交付を申請してください。

※ 住民税非課税世帯の方は「限度額適用・標準負担額減額認定証」となります。

※ 納期到来分の保険料が未納である場合は、「限度額適用認定証」を交付できません。

※ マイナ保険証を利用する場合は、所得区分などが確認できるため「限度額適用認定証」の交付申請は不要です。

b 70 歳以上 75 歳未満の方

(a) 自己負担限度額（月額） ※令和8年8月から自己負担限度額が変わります。

所得区分		入院及び世帯ごとの限度額	
		外来の限度額	
現役並み所得者 ※1	課税所得 690 万円以上	252,600 円＋(医療費－842,000 円)×1％ ●4 回目以降は 140,100 円	
	課税所得 380 万円以上	167,400 円＋(医療費－558,000 円)×1％ ●4 回目以降は 93,000 円	
	課税所得 145 万円以上	80,100 円＋(医療費－267,000 円)×1％ ●4 回目以降は 44,400 円	
一般 (課税所得 145 万円未満等)		18,000 円 (年間限度額 144,000 円)	57,600 円 ●4 回目以降は 44,400 円
低所得者Ⅱ ※2		8,000 円	24,600 円
低所得者Ⅰ ※3			15,000 円

※ 住民税非課税世帯の人は「限度額適用・標準負担額減額認定証」、現役並み所得者（課税所得 690 万円以上の人以外）の人は「限度額適用認定証」が必要になりますので、交付を申請してください。

※ 多数該当は、1 年間に 4 回以上高額療養費の支給を受けた場合の 4 回目からの限度額です。

※ 1 同一世帯に住民税課税所得が 145 万円以上の 70 歳以上 75 歳未満の国保被保険者がいる人。ただし、70 歳以上 75 歳未満の国保被保険者の収入合計が 2 人以上で 520 万円未満、1 人で 383 万円未満の場合は「一般」の区分と同様となり 2 割負担となります。（平成 27 年 1 月以降、新たに 70 歳になる方がいる世帯の旧ただし書き所得（総所得金額から基礎控除額 43 万円を控除した額）の合計が 210 万円以下の世帯も「一般」の区分と同様となり 2 割負担と認定されます。）

また、同一世帯に後期高齢者医療制度に移行する人がいて、現役並み所得者となった高齢者単身世帯の場合、住民税課税所得が 145 万円以上かつ収入 383 万円以上で後期高齢者医療制度に移行した旧国保被保険者も含めた収入合計が 520 万円未満の人は、「一般」の区分と同様となり、2 割負担となります。

※ 2 同一世帯の世帯主および国保被保険者が住民税非課税の人（低所得 I 以外の人）

※ 3 同一世帯の世帯主および国保被保険者が住民税非課税で、その世帯の各所得が必要経費・控除（年金の所得は控除額を 80 万 6,700 円として計算）を差し引いたときに 0 円となる人

※ 注意事項

- ・ 外来では、個人ごとに病院、診療所、歯科、調剤薬局など、各医療機関に支払った一部負担金を合計し、限度額を超えた分を支給します。
- ・ 入院では、医療機関に 1 か月に支払う一部負担金は、世帯の限度額までとなります。
- ・ 世帯ごとの支給額は、まず個人ごとに外来の支給額を計算し、さらに入院の一部負担金と合わせて世帯の限度額を超えた分を支給します。
- ・ 入院時の食事代やベッド代などは対象外です。
- ・ 月の途中で後期高齢者医療制度へ移行した場合、移行した人の自己負担限度額は 2 分の 1 として計算します。

(b) 同じ世帯の 70 歳未満の方と合算できる場合

一つの世帯で、同じ月内に 70 歳以上 75 歳未満の方の負担額と、70 歳未満の方の一部負担金（21,000 円以上のものに限る）の合計が限度額を超えた場合は、申請により超えた分が支給されます。

※ ここでいう限度額は、70 歳未満の方の限度額です。

【申請に必要なもの】

- ① 領収書 ② 口座番号のわかるもの（通帳など）
- ③ 本人確認書類（マイナンバーカード、運転免許証など）

※ 手続きにマイナンバーの記入が必要です。「マイナンバーカード」またはマイナンバーが確認できる書類をお持ちください。

c 高額医療・高額介護合算制度

医療費が高額になった世帯に介護保険の受給者がいる場合、医療保険と介護保険の限度額を適用後に、合算して下記の限度額を超えたときには、その超えた分が支給されます。ただし、計算した支給額が 500 円以下の場合には支給されません。

合算した場合の限度額（年額＜毎年 8 月～翌年 7 月＞）

70 歳未満の人

所得区分	限度額
旧ただし書所得 901 万円超	212 万円
旧ただし書所得 600 万円超 901 万円以下	141 万円
旧ただし書所得 210 万円超 600 万円以下	67 万円
旧ただし書所得 210 万円以下	60 万円
住民税非課税世帯	34 万円

70 歳以上 75 歳未満の人

所得区分	限度額
課税所得 690 万円以上	212 万円
課税所得 380 万円以上	141 万円
課税所得 145 万円以上	67 万円
課税所得 145 万円未満 ※	56 万円
住民税非課税世帯	31 万円
住民税非課税世帯（所得が一定以下）	19 万円

※ 旧ただし書所得の合計額が 210 万円以下の場合も含む。

(オ) 厚生労働大臣の指定する特定疾病

厚生労働大臣が指定する特定疾病（血友病、血液凝固因子製剤に起因する HIV 感染症、人工透析が必要な慢性腎不全）については、一つの医療機関で 1 か月 10,000 円※までの負担となります。

該当する方は医療機関の窓口に「特定疾病療養受療証」を提示する必要がありますので、国保医療課で交付を申請してください。

※ 慢性腎不全のうち 70 歳未満の上位所得者の負担額は 20,000 円

(カ) 出産育児一時金

国民健康保険に加入している方が出産したとき、出生児 1 人ごとに 48 万 8 千円が申請により支給されます。（妊娠 85 日以上の死産・流産を含みます。）

産科医療補償制度の対象分娩の場合は 1 万 2 千円が加算されます。

※ 他の健康保険などからこれに相当する給付を受けられる場合を除きます。

【申請に必要なもの】

- ① 医療機関の交付する出産費用の領収・明細書の原本
- ② 口座番号のわかるもの（通帳など）

③ 本人確認書類（マイナンバーカード、運転免許証など）

※ 手続きにマイナンバーの記入が必要です。「マイナンバーカード」またはマイナンバーが確認できる書類をお持ちください。

(キ) 葬祭費の申請

国民健康保険の被保険者が死亡したとき、葬祭を行った方に5万円が支給されます。

【申請に必要なもの】

- ① 葬祭を行ったことがわかるもの（会葬礼状、葬儀の領収書等）
- ② 口座番号のわかるもの（通帳など）
- ③ 本人確認書類（マイナンバーカード、運転免許証など）

(ク) 人間ドック健診料の助成

国民健康保険に加入している方で人間ドック健診時において、満年齢30～75歳未満で次に該当する方は、健診料が助成されます。

- ・ 人間ドック健診料が20,000円以上
(助成は健診料の半額で限度額は20,000円)
- ・ 大垣市特定健康診査の基本項目を満たした健診であること。
- ・ 納期到来分の保険料完納世帯の方
- ・ 申請は、健診を受診した日から6か月以内

※ 国保加入者1人につき年1回（4月1日から翌年3月31日まで）

【申請に必要なもの】

- ① 受診者の名前が入った領収書 ② 健診結果票
- ③ 口座番号のわかるもの（通帳など）
- ④ 本人確認書類（マイナンバーカード、運転免許証など）

(ケ) 移送費の支給

病気やケガなどで移動が困難な方が、医師の指示により、やむを得ず入院や転院などのために医療機関に移送されたときなどに、移送に要した費用が審査の上認められた場合に支給されます。

【申請に必要なもの】

- ① 医師の意見書 ② 領収書
- ③ 口座番号のわかるもの（通帳など）
- ④ 本人確認書類（マイナンバーカード、運転免許証など）

※ 手続きにマイナンバーの記入が必要です。「マイナンバーカード」またはマイナンバーが確認できる書類をお持ちください。

(コ) 第三者行為

交通事故など、第三者の不法行為により傷害を受けたときの医療費は、原則として加害者が全額負担とすべきものですが、申請により、一時的に国民健康

保険で治療を受けることができます。

ただし、後日、加害者に対し医療費の請求をしますので、必ず国保医療課に「第三者行為による診療開始届」を提出してください。

【申請に必要なもの】

- ① 交通事故証明書（原本） ② 同意書・誓約書等
- ③ 本人確認書類（マイナンバーカード、運転免許証など）

※ 国民健康保険に届け出る前に示談をしたり、加害者から医療費を受け取ったりすると、その取り決めや給付が優先し、国民健康保険から加害者に対して請求できなくなる場合があります。示談等の前に必ず、国保医療課へ相談してください。

(サ) 療養病床に入院する高齢者の食費・居住費の負担について(生活療養費)

療養病床に入院する 65 歳以上の方は、食費・1 食 510 円、居住費・1 日 370 円を負担します。(低所得者などは負担が軽減されます)

エ 特定健康診査

特定健康診査は、各医療保険者が実施するもので、メタボリックシンドロームに着目したものです。その結果から、生活習慣病の発症リスクが高く、生活習慣の改善が必要な方に対して、特定保健指導を行います。

(ア) 対象者

国保加入者で、40 歳から 75 歳未満の方(年度途中で脱退した方は除きます)

(イ) 受診方法

4 月の誕生月の方から順番に受診票を発送します。大垣市の指定医療機関にて事前予約のうえ、受診することができます。

(ウ) 健診項目

質問(問診：食事・運動習慣、服薬歴、喫煙歴など)、身体計測(身長、体重、BMI<体格指数>、腹囲<内臓脂肪面積>)、身体診察、血圧測定(収縮期血圧、拡張期血圧)、脂質検査(中性脂肪(空腹時又は随時)、HDL コレステロール、LDL コレステロール)、血糖検査(空腹時血糖及びヘモグロビン A1c)、肝機能検査(AST、ALT、γ-GT)、尿検査(尿糖、尿蛋白)、腎機能検査(血清クレアチニン)、貧血検査(赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値)、COPD健康調査
※ 心電図検査、眼底検査は、医師が必要と認めた場合実施します。

(エ) 受診者の負担金

一律 500 円(但し、年度末年齢 40 歳の方は無料)

(オ) 健診結果

受診月から約 2 か月～3 か月後に、健診結果を全員にお送りします。その結

果、生活習慣の改善の必要性が高い方については、個々に特定保健指導を行います。対象者については、医療機関・市役所等にて保健指導を受けることとなります。

オ 特定保健指導

大垣市国民健康保険加入者で、特定健康診査において動機付け・積極的支援と判断された方に対して特定保健指導を実施します。

カ 届出・申請窓口

- ・ 国保医療課 国民健康保険グループ
- ・ 地域事務所、市民サービスセンター、上石津地域の各支所（「第三者行為による診療開始届」、「特定健康診査」は除く）

キ お問い合わせ、相談等

国保医療課 国民健康保険グループ ☎47-8132

ク 審査請求

保険給付に関する処分又は保険料等に関する処分について不服がある被保険者の方は、岐阜県国民健康保険審査会に審査請求ができます。

岐阜県国民健康保険審査会

健康福祉部国民健康保険課

〈電話番号〉管理・国保運営係 058-272-8434

国保支援係 058-272-8343

〈所在地〉 岐阜市藪田南2丁目1番1号

(2) 大垣市国民健康保険診療所（上石津診療所）

国民健康保険診療所は、国保事業の根幹である療養の給付を行う必要から設置され、地域医療の推進を図っています。また、保健センターとの効率的な連携により、包括的な保健医療サービスを行う拠点として保健事業の一翼を担っています。

〈所在地〉大垣市上石津町上原 1438 番地

〈電話番号〉0584-45-2014

〈診療時間〉午後 2:00～5:00

〈休診日〉火・土・日・国民の祝日・年末年始

